

Ärztlicher Fragebogen

1

Grunddaten



Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Anschrift : _____

1. Körperpflege:

Hilfebedarf beim / bei der:	Form der Hilfe ¹					Häufigkeit		
	Nein	U	TÜ	VÜ	B	A	täglich	wöchentl.
1.1 Waschen								
Ganzkörperwäsche								
Teilwäsche Oberkörper								
Teilwäsche Unterkörper								
Teilwäsche Hände / Gesicht								
1.2 Duschen								
1.3 Baden								
1.4 Zahnpflege								
1.5 Kämmen								
1.6 Rasieren								
1.7 Darm- und Blasenentleerung								
Wasserlassen								
Stuhlgang								
Richten der Bekleidung								
Wechseln von Inkontinenzartikeln nach Wasserlassung								
Wechseln von Inkontinenzartikeln nach Stuhlgang								
Wechseln kleiner Vorlagen								
Wechseln / Entleeren des Urinbeutels								
Wechseln / Entleeren des Stomabeutels								

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung

Ärztlicher Fragebogen

2

Hilfebedarf beim:

	Form der Hilfe ¹						Häufigkeit	
	Nein	U	TÜ	VÜ	B	A	täglich	wöchentl.
1.8 An- und Auskleiden								
Ankleiden gesamt								
Ankleiden Ober- / Unterkörper								
Entkleiden gesamt								
Entkleiden Ober- / Unterkörper								

2. Ernährung: Vollkost Schonkost

Hilfebedarf beim / bei der:

	Form der Hilfe ¹						Häufigkeit	
	Nein	U	TÜ	VÜ	B	A	täglich	wöchentl.
2.1 Mundgerechten Zubereitung								
2.2 Aufnahme der Nahrung								
oral								
Sondenkost / PEG								
2.3 Aufnahme der Getränke								
2.4 Besondere Diät- formen								

3. Mobilität: z.Z. aktiv passiv

Hilfebedarf beim:

	Form der Hilfe ¹						Häufigkeit	
	Nein	U	TÜ	VÜ	B	A	täglich	wöchentl.
3.1 Aufstehen / Zu-Bett- Gehen								
Aufstehen / Zu-Bett-Gehen								
Umlagern								
3.2 Gehen / Stehen								
3.3 Transfer								
3.4 Treppensteigen								
3.5 Verlassen / Wiederaufsuchen der Wohnung / Pflegeeinrichtung								

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung

Ärztlicher Fragebogen

3

4. Ausführen ärztlicher Verordnungen:

Hilfebedarf beim/ bei der:	Form der Hilfe ¹					Häufigkeit		
	Nein	U	TÜ	VÜ	B	A	täglich	wöchentl.
4.1 Verabreichung von lebensnotw. Medikamenten / Spritzen								
4.2 Einwirken auf die Einnahme lebensnotw. Medikamente								
4.3. Wundpflege								

5. Notwendigkeit der Aufsicht :

nein ständig zeitweise

- 5.1 Neigt zum Weglaufen ja nein
- 5.2 Neigt zum Zerstören ja nein
- 5.3 Orientiert ja nein
- 5.3 Nicht orientiert zeitlich örtlich zur Person
- 5.4 Gefährdet sich selbst und andere ja nein

6. Schlaffähigkeit:

ja nein

- 6.1 Tag- / Nachtrhythmus gestört ja nein
- 6.2 Schläft durch ja nein
- 6.3 Nachtaktiv ja nein

7. Feststellungen des Arztes über Art, Umfang und Auswirkungen der Behinderung / des Leidens:

7.1 Befund:

7.2 Funktionelle Einbußen:

a) im körperlichen Bereich:

b) im psychischen Bereich:

7.3 Vorschlag für sonstige Maßnahmen / Hilfsmittel:

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung

8. Pflegebedürftigkeit:

8.1 Es liegt Pflegestufe _____ vor

8.2 Empfehlung für Pflegestufe _____

9. Aktuelle Medikation:

Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

10. Vorliegen besonderer Krankheiten bzw. med. Besonderheiten:

- Demenz: wenn ja, welcher Art? _____
- Allergien: wenn ja, welche? _____
- Diabetes Mellitus Dekubitus
- Hepatitis: A B C
- sonstige Erkrankungen: _____

Ärztliches Zeugnis, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckende Lungentuberkulose nach § 36 Abs. 4 InfSchG (Infektionsschutzgesetz) nicht zu befürchten ist und nicht älter als 4 Wochen sein darf:

ja nein

Röntgenaufnahme erforderlich ? ja nein

wenn ja, Röntgenbefund vom: _____

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes

